ITEM 200 : TOUX CHRONIQUE DE L'ADULTE

Toux chronique : durée **> 3 à 8 sem selon les définitions**, sans tendance à l'amélioration, **native** en l'absence de contexte étiologique connu
- A différencier des **toux post-infectieuses** : généralement régressive en < 3 semaines

Physiopathologie	Récepteurs		- **Récepteurs d'irritation** localisés au niveau du **CAE**, du **larynx**, de la **trachée** et des **grosses bronches** - **Récepteurs des terminaisons muqueuses à fibre C** : situés au niveau des **parois alvéolaires** et des **petites bronches** ➙ rôle principalement inhibiteur de la toux, parfois indirectement irritateurs - **Récepteurs d'irritation** localisés au niveau du **péricarde**, de la **plèvre** et du **diaphragme** ➙ Les récepteurs des grosses voies aériennes réagissent surtout à des **stimuli mécaniques** et ceux des voies aériennes périphériques et centrales surtout à des **stimuli chimiques**
	Voies afférentes		- **Nerf trijumeau (V)** : récepteurs du nez et des sinus - **Nerf glosso-pharyngien (IX)** : récepteurs du pharynx - **Nerf vague (X)** : récepteurs de la trachée, des bronches, de la plèvre, de l'estomac et des oreilles
	Voies efférentes		- **Nerf vague (X)** : vers le larynx, la trachée et les bronches - **Nerfs phréniques** et **rachidiens** : vers le diaphragme et les autres muscles respiratoires
	➙ La toux et la bronchoconstriction sont 2 réflexes séparés, mais souvent déclenchés simultanément		
Diagnostic	Contexte		- Tabagisme, environnement professionnel - Contexte d'atopie - Atcd de l'enfance : coqueluche, maladies virales répétées ➙ bronchectasie - Médicaments : IEC…
	Signes de gravité associés		- Signes généraux : **AEG, fièvre, syndrome infectieux** - Signes respiratoires/ORL : **dyspnée d'effort, hémoptysie, apparition ou modification de la toux chez un fumeur, dysphonie, dysphagie, fausse route, ADP cervicales suspectes**
	Retentissement		- Conséquences sociales : **nuisance sociale, retentissement psychosocial** - Conséquences mécaniques : **fracture de côte, douleur musculaire aiguë, hernie hiatale, prolapsus** - Conséquences systémiques : **perte d'urine, céphalée, perte de connaissance** - Autres conséquences (plus rares) : **hémorragies sous-conjonctivales, bradycardie**…
	RP		= Systématique, face + profil : bilan étiologique - RP anormale : opacités parenchymateuses, pleurales, médiastinales ➙ bilan complémentaire - RP normale : peut méconnaître certaines lésions bronchiques (bronchectasie, bronchite chronique), endobronchique (tumeur de petite taille, corps étranger non radio-opaque) ou vasculaire (EP)
Etiologie	➙ 3 diagnostics à éliminer systématiquement	**Tabagisme**	- **Jeune, tabagisme récent** : disparition de la toux avec le sevrage à proposer dès la 1re consultation (± après une phase brève d'exacerbation) - **Adulte, tabagisme chronique** : **bilan pulmonaire et ORL** d'emblée
		Médicament	= > 350 médicaments à l'origine de toux ➙ test d'éviction **- IEC** : toux chez 5 à 20% des patients traités, sans relation avec la dose, survenant 1 semaine à 6 mois après le début, - **ARA2** : **olmésartan** surtout - **β-bloquant** (y compris collyre) surtout chez les atopiques - **Aérosols** : notamment **pentamidine, colistine, aminoside**…
		Coqueluche	- **Toux persistante** > 21 jours avec signes évocateurs : **contage, recrudescence nocturne, quintes, toux émétisante** - Diagnostic par **PCR** sur écouvillonnage ou aspiration nasopharyngée
	ORL	**Rhinorrhée chronique postérieure**	- **Toux chronique** - Antécédents de **sinusite** - **Sensation de rhinorrhée postérieure** - **Raclement de gorge, écoulement nasal, obstruction nasal, trouble de l'odorat**
		Autre atteinte ORL	**- Diverticule de Zenker** : régurgitation ➙ transit baryté (TOGD) **- Laryngite chronique** : dysphonie, toux irritative, majorée par la phonation
		Bilan	➙ Eliminer une **pathologie tumorale**, surtout chez le patient éthylo-tabagique **- TDM facial + sinus** **- Naso-fibroscopie**

<table>
<tr><td rowspan="9">Etiologie</td><td rowspan="2">Respiratoire</td><td colspan="2">- Asthme : toux spasmodique, nocturne, au froid, à l'exercice
- BPCO
- Cancer bronchique : toux révélatrice dans 30 à 80% des cas
- Tumeur trachéo-bronchique ou médiastinale compressive
- Infection : tuberculose, infection traînante
- Bronchectasie
- PID</td></tr>
<tr><td>Bilan</td><td>- EFR : si suspicion d'asthme ou de BPCO
- TDM thoracique : en 1ère intention sauf si asthme
- Fibroscopie bronchique : en 1ère intention si orientation vers une anomalie endobronchique (cancer : hémoptysie, toux chez un grand tabagique)</td></tr>
<tr><td>RGO</td><td colspan="2">- Survenue de la toux : après le repas, en position penchée en avant ou en décubitus, pyrosis associé
- Bilan : - Endoscopie digestive si signe de gravité (dysphagie, amaigrissement, anémie) ou FdR (> 50 ans)
- pHmétrie des 24h en l'absence de symptômes digestifs évocateurs
➙ Les doses de traitement par IPP nécessaires pour faire disparaître la toux peuvent être supérieures à celles efficaces sur les symptômes digestifs</td></tr>
<tr><td>IC gauche</td><td colspan="2">- Toux d'effort, associée à une dyspnée d'effort, une orthopnée, des anomalies auscultatoires
- Bilan : avis cardiologique</td></tr>
<tr><td>Allergie</td><td colspan="2">- Contexte : asthme et/ou rhinite
- Bilan allergologique : prick-test aux pneumallergènes communs ± IgE spécifiques</td></tr>
<tr><td>Maladie systémique</td><td colspan="2">- Syndrome de Gougerot-Sjögren : toux sèche isolée fréquente
- Polychondrite atrophiante : atteinte de l'arbre trachéo-bronchique dans 50% des cas
- Hypothyroïdie : toux fréquemment productive, diurne
- Maladie de Horton : symptôme respiratoire le plus fréquent
- Maladie de Wegener : atteinte trachéo-bronchique fréquente
- RCH ou maladie de Crohn : possible atteinte respiratoire
- Amylose : toux chronique en cas de localisation trachéo-bronchique</td></tr>
<tr><td colspan="2">Comportementale</td><td colspan="2">➙ Diagnostic d'élimination</td></tr>
<tr><td rowspan="6">CAT</td><td colspan="2">Orientation clinique
RP anormale</td><td colspan="2">- Bilan complémentaire selon la cause suspectée
- Traitement étiologique</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Aucune orientation clinique
et
RP normale</td><td>1ère étape</td><td>➙ Traitement d'épreuve d'une rhinorrhée postérieur occulte
- Bromphéniramine + pseudo-éphédrine locale pendant 3 semaines
- Si efficace : consolidation par corticoïdes locaux pendant 3 mois</td></tr>
<tr><td>2ème étape</td><td>➙ EFR avec test pharmacodynamique
- TVO réversible : asthme
- Hyperréactivité bronchique : traitement d'épreuve par corticoïdes inhalés pendant 1 mois</td></tr>
<tr><td>3ème étape</td><td>➙ Recherche de RGO
- pHmétrie de 24h ou mise en route d'un traitement d'épreuve (à double dose)</td></tr>
<tr><td>4ème étape</td><td>- Avis pneumologique, puis ORL ± gastro-entérologue : explorations de 2nd ligne</td></tr>
<tr><td colspan="2">➙ Si aucune étiologique (après exclusion d'une cause comportementale) : traitement symptomatique</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td colspan="3">- Arrêt du tabagisme actif ou passif
- En cas de toux sèche invalidante (bénéfice risque à évaluer +++) : antitussifs = - Opiacés
- Antihistaminiques anticholinergiques
- Non antihistaminiques non opiacés
- En cas de toux productive : - Muco-modificateurs
- Kinésithérapie respiratoire (toux dirigé, expiration forcée)</td></tr>
</table>

BRONCHECTASIE

Bronchectasie ou **dilatation des bronches** = élargissement anormal du diamètre bronchique consécutif à la destruction des parois bronchiques, localisé ou diffus
- Forme variable : **cylindriques** (parois parallèles), en **sac**, en **kyste**, **variqueuse**
- **Bronchocèle** : bronchectasie pleine de pus ou de sécrétions bronchiques épaisses
➔ A différencier des **bronchectasies par traction** (paroi non atteinte) : résulte de la traction exercée par le parenchyme pulmonaire de compliance diminuée (fibrose pulmonaire), sans conséquence (aucun risque d'infection ou d'hémoptysie)

Physiologie

- **Stagnation des sécrétions bronchiques**, surtout dans les formes kystiques : **colonisation bactérienne chronique des voies aérienne** ➔ risque d'**infections respiratoires basses**
- **Inflammation bronchique chronique** : **hyper-vascularisation** de la paroi des bronchectasies d'origine systémique (artères bronchiques) ➔ risque d'**hémoptysie**
- **Destruction progressive du parenchyme et des bronches** : **TVO** par réduction du calibre des bronchioles, puis **insuffisance respiratoire** quand le déficit ventilatoire est sévère (notamment dans la mucoviscidose)

Etiologie

- **Infection respiratoire sévère** (1ère cause) : - Diffuse : **coqueluche, tuberculose, infections virales dans l'enfance**
  - Localisée : **pneumonie bactérienne, suppuration post-sténose bronchique**
- **Mucoviscidose** : par colonisation/infection bactérienne chronique
- **Déficit immunitaire**
- Agression pulmonaire non infectieuse : - **Poumon radique** : bronchectasies localisées
  - **Aspergillose allergique**
  - **SDRA**
  - **Maladie systémique** : **PR, lupus, Crohn**…
  - Déficit immunitaire

Diagnostic

C

- **Toux** : productive, quotidienne, abondante, remontant le plus souvent à l'enfance
- **Expectorations** de purulence variable
- **Infections respiratoires basses à répétition** : **bronchite** ou **foyers broncho-pneumoniques**
- **Colonisation** = évolue avec l'ancienneté et la sévérité : - Au début : *H. influenza*, pneumocoque
  - Puis : *S. aureus, P, aeruginosa*
- **Hémoptysie** : rupture de néovaisseaux fragiles, notamment en cas de poussée infectieuse
- Examen clinique : - **Hippocratisme digital**
  - Auscultation : **râles bulleux** voire **« craquements », crépitants secs. Peut être normale**
- **Trouble ventilatoire obstructif**

PC

RP

- Normale le plus souvent
- Bronchectasies cylindriques ou variqueuses juxtaposées : aspect en « pseudo-rayon de miel »
- Bronchectasies kystiques : aspect multi-cavitaire, parfois siège d'un niveau liquide (drainage imparfait)
- **Infiltrats** : complication parenchymateuse périphérique

TDM

- **Aspect de « bague à chaton »** : bronche de diamètre supérieur à l'artère associée
- Lumière bronchique visualisée au delà du 1/3 externe du parenchyme pulmonaire
- Absence de réduction progressive du calibre des bronches
- **Bronchectasies kystiques** : grappes ou chapelet de kystes
- **Bronchocèles** : opacités tubulées à bords nets, proximales, para-hilaires, orientées selon l'axe des bronches, linéaires en V ou en Y
- Recherche : extension des bronchectasies, complications parenchymateuses, étiologie (signes de sténose bronchique, corps étrangers), hyper-vascularisation bronchique

TTT

- **Drainage bronchique quotidien** ± aidé par **kinésithérapie respiratoire**
- Eviction des facteurs irritants : tabac…
- **Vaccination antigrippale** et **antipneumococcique**
- **Hydratation suffisante** (fluidifie les sécrétions bronchiques)
- Traitement des hémoptysies ou de l'insuffisance respiratoire : non spécifique
- **Bronchodilatateurs** en cas d'hyperréactivité bronchique
- **Antibiotiques :** - Indication : - Signes d'exacerbations bronchiques (↗ volumes des expectorations)
  - Signes d'atteinte parenchymateuse : fièvre, pneumopathie
  - Guidée par l'ECBC en cas de surinfection persistante, récidivante ou sévère
  - Bithérapie en cas d'infection à *Pseudomonas aeruginosa*
- **Anti-inflammatoire** : **macrolides** à but anti-inflammatoire au long cours
- **Chirurgie = lobectomie** ou **segmentectomie** : en cas de formes très localisées et compliquées (suppuration, hémoptysies), si la fonction respiratoire le permet